

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Janvier 1901, à 1 heure

PAR

Paul ROBERT

Né à Narbonne (Aude) le 21 décembre 1873

Ancien interne des Asiles d'aliénés

DE L'ÉPILEPSIE

CONSÉCUTIVE

A LA TRÉPANATION

Président : M. JOUFROY, professeur.

Juges : MM. DEBOVE, professeur.

CHARRIN et ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Janvier 1901, à 1 heure

PAR

Paul ROBERT

Né à Narbonne (Aude) le 2^e décembre 1873

Ancien interne des Asiles d'aliénés

DE L'ÉPILEPSIE CONSÉCUTIVE A LA TRÉPANATION

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : MM. DEBOVE, professeur.

CHARRIN et ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

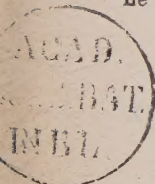
Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

168



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie..	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des mala-	
dies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..	GUYON
Clinique d'accouchement.....	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LÉJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR

A MA FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

A MES AMIS

MADAME ET MONSIEUR A. BOURNIQUEL

Lycée Carnot

A MON AMI

LE DOCTEUR ED. GRANDMAIRE

Médecin aide-major de 1^{re} classe à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe)

A MON MAÎTRE ET AMI

LE DOCTEUR NICOULAU

Médecin en chef de l'Asile d'Aliénés de Cadillac

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur de pathologie mentale à l'Asile clinique
Chevalier de la Légion d'honneur

Avant-Propos

Durant les deux années que nous avons passées en qualité d'Interne à l'Asile public d'aliénés du Gers, il nous a certainement été donné d'observer beaucoup de cas d'épilepsie convulsive. Dans la suite pendant le cours de nos études dans les différents services hospitaliers de Paris, nombreux sont également les épileptiques que nous avons non seulement étudiés mais encore contribué à soigner. C'est ainsi que tour à tour nous avons vu appliquer au mal sacré les méthodes les plus récentes telles que celle de Flechsig, la méthode polybromurée, la trépanation. etc.

Tout récemment encore, un de ces malades atteint de crises convulsives se présentait à la consultation externe de l'hôpital Beaujon. Mais son cas spécial attira tout particulièrement notre attention. Notre sujet en effet n'était pas un épileptique ordinaire : ses crises étaient survenues à la suite d'une application de trépan.

Certes jusqu'ici nous connaissions l'épilepsie con-

sécutive à des traumatismes crâniens, mais nous n'avions pas encore vu de crises convulsives survenir après une opération qui, semble-t-il, était destinée à les guérir.

Ces réflexions nous incitèrent à des recherches.

Justement la thèse du Docteur Truelle avait déjà paru, qui signalait une épilepsie consécutive à une ovariectomie ; le « Traité de l'Épilepsie » tout récent de Gelineau rapportait un cas de crises épileptiques succédant à une extraction dentaire, exemples qui nous permettait de dire que l'épilepsie pouvait fort bien succéder à un traumatisme opératoire.

D'autre part, le Docteur Paon, dans sa thèse d'hier, démontrait, en parlant du traitement de l'épilepsie par la craniectomie, que les résultats de cette méthode n'avaient pas toujours été favorables, et citait quelques observations où les malades étaient loin d'avoir bénéficié du traitement.

Nous pouvions réunir en outre trois observations d'individus absolument dépourvus de crises de mal caduc, qui étaient devenus convulsivants après une trépanation.

Enfin tout récemment, nous lisions un intéressant petit travail, encore inédit du reste, de notre camarade et ami le Docteur Wahl médecin adjoint des asiles d'aliénés, où l'auteur démontrait que don Carlos, fils de Philippe II, roi d'Espagne, était mort d'épilepsie vraisemblablement consécutive à une trépanation.

Dès lors, il nous parut intéressant d'étudier ce nouveau chapitre de la pathogénie de l'épilepsie et de voir s'il n'existait pas quelque corrélation entre la craniectomie et le mal sacré, névrose consécutive, en un mot de voir si la trépanation ne pouvait pas dans certaines circonstances être la cause de convulsions épileptiques. Et c'est cette étude que nous avons choisie comme sujet de thèse.

Notre travail sera donc très simple. Après un coup d'œil très rapide sur l'histoire de la trépanation, appliquée surtout au traitement du *morbus sacer*, nous publierons les observations de malades devenus épileptiques à la suite de l'opération du trépan. Dans un troisième paragraphe nous discuterons ces observations et enfin nous tirerons les conclusions qu'elles nous ont suggérées.

Mais avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser ici les hommages de notre reconnaissance à tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont éclairé de leur science, nous ont aidé de leurs leçons, nous ont soutenu de leurs conseils.

Que tous nos maîtres de l'Université de Toulouse et de l'Université de Paris, où nous avons fait tour à tour nos études soient assurés de toute notre gratitude.

Le docteur Nicoulau, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Cadillac (Gironde) dont nous avons été l'interne, s'est montré pour nous, surtout en de pé-

nibles circonstances, non seulement un maître, mais un ami dont la bienveillance et les sages conseils ne nous ont jamais fait défaut. Qu'il nous soit donné de l'assurer ici de toute notre amitié.

Le Docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, dont nous avons été l'élève pendant quelques jours malheureusement trop courts, a toujours été pour nous plein de sollicitude.

Enfin nos remerciements iront aussi aux Docteurs Rochard et Lyot, chirurgiens des Hôpitaux, au Docteur Ravanier, ancien interne des Hôpitaux qui nous ont toujours dirigé dans nos études.

Que Monsieur le Professeur Joffroy qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, et aux leçons de qui nous avons fait de si larges emprunts, reçoive ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.



Historique

L'origine de l'opération du trépan se perd dans la nuit des temps. Si l'on en croit les travaux très érudits de Prunières, de de Baye, de Broca, les hommes de l'âge préhistorique, ceux de l'époque néolithique connaissaient la trépanation (1). Les anthropologistes ont découvert en effet nombre de crânes, munis de perforations régulièrement faites, sur les côtés ou sur la voûte de l'enveloppe osseuse du cerveau. Ce qui semblerait donner raison aux conclusions de ces savants, c'est que de nos jours encore, certaines peuplades de l'Océanie et quelques tribus de Kabyles connaissent parfaitement l'opération du trépan (2).

Sans vouloir rechercher avec les anthropologistes si l'opération que nos ancêtres faisaient subir aux crânes de leurs contemporains était employée dans un but chirurgical, sans vouloir trouver dans cette opération l'origine de la tonsure des prêtres de la religion

(1) Dechambre. — Dict. des Sciences médicales, Trépanat.

(2) Martin. — Lettres à un confrère, Montpellier, 1867.

catholique ou celle des brahmines⁽¹⁾, et y voir par conséquent un but d'initiation religieuse, il est certain que la craniectomie est bien antérieure à Hippocrate.

Notre but n'étant pas de raconter l'histoire détaillée de la trépanation non plus que de suivre pas à pas les différentes modifications que traversa l'instrument lui-même pour arriver à être ce qu'il est aujourd'hui, nous dirons simplement que les Grecs se servaient déjà de tarières, bientôt remplacées par la couronne tranchante d'Hippocrate très bien décrite par Celse.

C'est au moyen-âge seulement que nous voyons les médecins se servir de la trépanation pour « ouvrir la porte à l'esprit » cause des convulsions épileptiques ; mais il faut arriver à Chauliac, à Ambroise Paré et à Taxil, en 1603, pour voir les chirurgiens traiter de façon rationnelle les paralysies corticales l'un par le râclage, — tout comme les Océaniens de nos jours ruginent le crâne dans certains cas de névralgies à l'aide d'un morceau de verre ⁽²⁾, — les autres par la trépanation complète ou incomplète.

Après ces essais la trépanation comme traitement de l'épilepsie essentielle tomba peu à peu dans l'oubli et malgré Pott, Dionis et Bichat, qui arrivèrent à donner au trépan sa forme à peu près définitive, et qui

(1) Lucas Championnière. *Etude historique et Clinique sur les trép.* Paris, 1878.

(2) In Lucas-Championnière, *dito*,

préconisèrent l'opération du trépan comme traitement de l'épilepsie symptomatique ; malgré Larrey, Velpeau (1), Denonvilliers (4) et Broca, ce dernier surtout qui, en 1866, parla du traitement du *morbus sacer* essentiel par la craniectomie ; en butte aux attaques de Gama (3) et surtout de Malgaigne, la trépanation, non-seulement en tant qu'opposée à l'épilepsie, mais la craniectomie en général, fut complètement abandonnée.

De nos jours la question entra dans une phase nouvelle grâce à Lucas Championnière qui, en 1878, fit paraître son « Etude historique et clinique sur la trépanation ». Remise à l'étude à nouveau, devenue moins grave grâce à l'antisepsie, elle était toute indiquée dans certains cas de lésion de l'écorce grise cérébrale. Aussi, eût-elle en Péan, Reynier, Terrier, Chipault, etc., de vigoureux défenseurs. Le docteur Guéniot en parla comme d'« une opération libératrice, qui permettrait à l'encéphale de prendre au moins en partie son expansion naturelle » ; et le professeur Lannelongue (4) le premier appliqua l'opération du trépan, à laquelle il donna son nom de craniectomie, non plus aux idiots, comme il l'avait fait pré-

(1) Velpeau. — Thèse de concours.

(2) Denonvilliers. — Compendium de chirurgie.

(3) Gama. — Traité des plaies de têtes et de l'encéphalite, Paris, 1813.

(4) Lannelongue. — Nouv. Icon. de la Salpêtrière, 1891. V, Id. Académie des sciences, 1890,

cédemment, mais aux microcéphales arriérés présentant avec ou sans convulsions épileptiformes, des troubles moteurs ou psychiques. Au cours de ses travaux sur la question, il remarqua que ses malades, qui avaient des crises épileptiques étaient considérablement améliorés, sinon guéris. Dès lors le traitement du mal sacré par la trépanation entraînait de nouveau dans la pratique.

L'engouement devint immédiatement extraordinaire. On trépana à outrance tout épileptique et à en croire les statistiques, les résultats étaient surprenants. L'école allemande par exemple avait de 60 à 70 0/0 de guérison.

Mais on ne tarda pas à faire la juste part des choses : naguère MM. Graf Braun démontrèrent le peu de précision des statistiques et réduisirent le taux des épileptiques guéris par la craniectomie à 4 0/0.

Tout récemment encore le docteur Paon, dans sa thèse inaugurale, arriva à prouver que la trépanation en tant qu'opposée à l'épilepsie avait déçu l'espérance que l'on fondait sur elle, qu'elle donnait aux malades un soulagement qui n'était que passager et ne procurait pas de bienfait durable (1). Enfin, nous même avons étudié un malade et réuni plusieurs observations où des crises convulsives survinrent à la suite d'une craniectomie.

(1) Thèse de Paris 1900.

Il ne nous appartient pas de faire ici le procès d'une thérapeutique que d'autres plus autorisés que nous ont préconisée, d'ailleurs avec raison : la trépanation en effet, pratiquée dans certaines circonstances et dans certains cas a donné des résultats indubitables, dans le traitement de l'épilepsie. Nous sommes donc loin de vouloir porter le discrédit sur cette méthode.

Notre but est tout autre. Comme nous l'avons dit, nous désirons seulement contribuer dans la mesure de nos faibles moyens à l'étude si ardue de ces convulsions épileptiques dont les causes sont le plus souvent inconnues. Pour cela il nous a semblé qu'il suffisait de rapporter des faits tels qu'il nous a été permis de les trouver. Nous ne nous étendrons pas sur la pathogénie de cette nouvelle cause d'épilepsie ; en effet, il nous paraît inutile de compliquer encore l'étiologie de cette affection, déjà assez obscure au point qu'elle peut garder, même de nos jours, le nom de *morbus sacer*, tant ses causes nous sont inconnues. Nous ne pourrions guère apporter que des hypothèses nouvelles, dont le poids serait bien minime à côté de celles de nos maîtres ! Aussi passerons-nous rapidement par dessus, pour tirer simplement des faits que nous avons rapportés une loi générale qui puisse servir de règle de conduite dans l'avenir.

Nous allons donc citer les observations et dire les conclusions que nous en avons tirées. Mais avant

de les exposer nous demandons à nous expliquer sur la forme trop peu scientifique sous laquelle nous présentons la première.

Comme nous l'avons déjà dit, nous l'empruntons à un opusculé inédit du docteur Wahl ; nous la résumons, nous en citons même des extraits tout entiers, de façon à lui conserver ce caractère si personnel que l'auteur lui a donné. Mais comme ce travail avait pour son auteur un intérêt autant historique que médical, il ne doit point nous paraître surprenant que sa forme ne réponde pas complètement à celle que nous avons coutume de donner à une observation médicale.



Exposé des Observations

OBSERVATION I

Résumé de « La folie de l'Infant don Carlos devant la psychiatrie contemporaine » du D^r Wahl, médecin-adjoint des Asiles d'Aliénés.

La maladie de don Carlos, par ses causes, par ses symptômes, par sa marche et par sa terminaison, répond complètement à une variété connue d'aliénation mentale.

Comme antécédents héréditaires, nous voyons que son arrière-grand-mère n'était autre que Jeanne la Folle, fille de Ferdinand le Catholique et femme de Philippe le Beau. Ces deux princes l'écartèrent de la couronne de Castille, en raison des troubles psychiques qu'elle présentait.

D'autre part, son père Philippe II était d'une exaltation religieuse en quelque sorte malade.

Enfin il était né d'un mariage consanguin. Philippe II avait épousé sa cousine germaine, Marie de Portugal.

En résumé et « pour cette double raison : hérédité pathologique d'une part, consanguinité d'autre part, Don Carlos

appartenait à cette catégorie d'individus qui depuis les travaux de Morel (1858) et surtout depuis les leçons de M. le docteur Magnan on désigne sous le nom de dégénérés ». Et parmi ces dégénérés Don Carlos semble avoir appartenu à la catégorie des débiles.

D'après les historiens, il était d'humeur fantasque, de teint pâle, de physionomie étrange, de mœurs débauchées, grand coureur de ruelles et d'aventures nocturnes, et cela bien avant que la folie eût éclaté chez lui. Il sauta un jour au cou du cardinal Espinosa qui avait chassé du palais un de ses musiciens nommé Ciséros. « Vil prêtre, s'écria-t-il, « en tirant sa dague, osez-vous bien empêcher Ciséros de « jouer devant moi ? Sur l'âme de mon père, je vous tuerai ».

Une autre anecdote nous le peint mieux encore sous son véritable jour de détraqué colère et brutal. Nous l'empruntons à Brantôme : Un cordonnier apporte un jour à Don Carlos des bottines mal faites. Celui-ci, furieux, les fit couper en tout petits morceaux et fricasser comme des tripes de bœuf et obligea l'infortuné bottier à manger ce singulier plat sous ses yeux, sans lui faire grâce d'une seule miette.

Son intelligence fut d'ailleurs assez faible, puisqu'il ne fut jamais appelé au Conseil où il aurait dû être admis de par sa naissance.

Sur ce fond de débilité mentale congénitale se développa une affection plus intéressante au point de vue purement médical. A 17 ans, il fit une chute grave dans l'escalier, avec enfoncement du crâne et paralysie d'une jambe. Vésale en clinicien consommé eut recours à l'opération du trépan.

L'opération en elle-même réussit admirablement et cepen-

dant, malgré les soins les plus éclairés, les suites de l'opération ne furent rien moins que fâcheuses.

Les historiens sont muets sur la question de savoir si l'opération fit disparaître la paralysie. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à partir de cette époque Don Carlos fût sujet à des convulsions terribles dans lesquelles il se débattait et poussait des cris sauvages. Et la description qui nous en est faite convient absolument à une forme de l'épilepsie Bravais-Jacksonnienne désignée sous le nom de type généralisé. Or pour qui connaît les épileptiques, avec leur fureur violente et brutale, leurs impulsions, leur amnésie des faits et des actes de colère qui se sont passés pendant leur crise, il semble évident que Don Carlos puisse entrer dans leur groupe. Il est à peu près certain que les actes de violence qu'on lui reproche, ont été accomplis dans ces conditions, car nous savons que quelquefois même l'acte de fureur peut remplacer une crise. De plus la célèbre scène dans laquelle Don Carlos s'emporta contre le duc d'Albe et même contre son père Philippe II, est bien le fait d'un épileptique irritable, violent, brutal, même en dehors de sa crise.

Enfin la mort de Don Carlos est bien de celles qui arrivent quelquefois chez les malades atteints de mal caduc. L'Infant est mort en effet dans une série de crises très rapprochées les unes des autres, en état de mal. Eloigné de tous, enfermé dans sa chambre, il eut une agonie terrible, qui s'écoula sans témoins. Ce n'est qu'au bout de plusieurs heures qu'on retrouva son cadavre la face congestionnée, bouffie, étrangement convulsée, la langue profondément tailladée par des morsures. Il tenait encore, serré convulsivement entre ses mâchoires, un tampon de lingé qu'il avait

arraché à son lit. Ses lèvres laissaient échapper une écume sanguinolente.

Résumé. — Crises d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne du type généralisé, survenant après une trépanation chez un débile entaché d'hérédité névropathique et atteint de paralysie à la suite de lésion crânienne.

OBSERVATION II

Recueillie par le Dr Antheaume, ancien chef de clinique de la Faculté à l'asile Sainte-Anne.

Arthur B..., âgé de 17 ans, se présente, en mai 1896, à la consultation externe de la clinique, pour des accidents comitiaux.

Antécédents héréditaires. — Le malade est enfant naturel, la mère est débile, avec absence presque complète de sens moral et incapacité de pourvoir à ses besoins ; une tante maternelle est névrosée ; un oncle est buveur.

Antécédents personnels. — Athrepsie probable dans l'enfance ; parole, marche et dentition tardives. A l'âge de 15 mois, l'enfant était sur le bord d'un escalier, quand il a roulé d'un étage et s'est contusionné la région temporale gauche ; à l'âge de 3 ans, chute légère étant placé sur une

chaise. Ces traumatismes n'ont donné lieu, au moment de leur production, à aucun signe de commotion cérébrale ; on n'a pas observé de perte de connaissance, ni de modification dans l'état mental du sujet, jusque-là du reste, insuffisamment développé au point de vue intellectuel. L'entourage fut surtout frappé de l'absence presque complète de langage articulé. A 11 ans, Arthur B... est placé à l'école primaire, où il ne put recevoir qu'une instruction tout à fait rudimentaire ; il apprit à signer son nom, à épeler les lettres de l'alphabet et à écrire les chiffres.

Le manque de développement des facultés intellectuelles coexistait avec l'absence de langage articulé, et le petit malade, incapable d'apprendre un métier, présentait les troubles du caractère que l'on rencontre si fréquemment chez les sujets arriérés : irritabilité, absence de sentiments affectifs, tendances impulsives manifestes.

Des malformations physiques et notamment un degré marqué d'asymétrie cranio faciale et la surélévation de la voûte palatine affirmaient objectivement ce manque d'intelligence, de langage articulé et ces perversions instinctives.

Histoire de la maladie. — Quand Arthur B... atteignit l'âge de 16 ans, sa famille, pour qui il constituait une véritable charge, vint consulter à Paris un chirurgien très connu, et lui raconta l'histoire du malade, en insistant sur les traumatismes de l'enfance. Sur la promesse faite par ce praticien de « donner la parole à l'enfant », on se décida à laisser tenter l'opération du trépan.

L'intervention chirurgicale se fit dans de bonnes conditions : une double couronne de trépan fut appliquée sur la région pariétale gauche, et l'opération en elle-même, qui ne

révéla la présence d'aucune cause évidente de compression cérébrale et ne fut pas accompagnée d'incision de la dure-mère, fut suivie de guérison à bref délai.

A la suite de cette intervention, on ne constata aucune modification de l'état mental, ni de la fonction du langage, comme l'opération l'avait fait espérer et trois mois plus tard, le sujet présentait pour la première fois des accès d'épilepsie généralisée (que la famille ne manqua pas d'imputer à la trépanation).

C'est dans ces conditions qu'Arthur B..., ayant eu depuis lors neuf grandes attaques convulsives et quatre vertiges, est venu se faire traiter à l'asile Sainte-Anne, en 1896, et a été soumis à l'époque, à la médication bromurée. Deux ans plus tard, nous avons eu l'occasion de revoir encore une fois cet intéressant malade, qui avait été sujet depuis notre dernier examen, à des crises à peu près bimensuelles de grand mal comitial et avait présenté assez souvent des vertiges, au dire de son entourage.

Résumé. — Malade à hérédité nerveuse (ancêtres alcooliques ou vésaniques), traumat. crânien, trépané pour troubles du langage et atteint 3 mois après l'opération, d'épilepsie généralisée.

OBSERVATION III

Recueillie par le D^r Marchand, médecin adjoint des asiles d'aliénés, dans le service du docteur Toulouse, à Villejuif.

La malade La..., entre à l'asile de Villejuif, le 14 décembre 1898 avec le certificat « léger affaiblissement intellectuel avec épilepsie jaksonnienne. » Elle est âgée de 38 ans.

Antécédents Hérititaires. — La mère de la malade est morte à 55 ans ; le père à l'âge de 36 ans d'une maladie de foie, qui fait songer à l'alcoolisme, cause héréditaire fréquente de l'épilepsie. La malade a 2 sœurs qui sont bien portantes. Son frère est mort d'un refroidissement (?) à l'âge de 28 ans. Personne de sa famille n'a eu d'attaques nerveuses.

Antécédents Personnels. — La.... n'a eu aucune maladie grave pendant son jeune âge ; pas de convulsions. — A 12 ans, elle eût une première attaque de rhumatisme aigu et une seconde à l'âge de 14 ans. La malade a eu 4 enfants : le premier est mort-né ; les deux autres sont venus avant terme ; le 4^e seul vit et à neuf ans. Il est chétif.

La malade dit n'avoir jamais eu de taches sur le corps. On ne trouve aucun signe de syphilis.

La malade est mariée à l'âge de 26 ans ; 27 jours après son mariage, elle fut prise d'une attaque d'hémiplégie gauche avec contracture. Les traits de la face étaient déviés vers l'oreille gauche. La contracture disparut au bout de trois jours et il resta une paralysie flasque. Cette première attaque ne fut pas accompagnée de troubles de la parole.

6 semaines après une deuxième attaque eut lieu. La contracture des membres réapparut et en plus elle fut atteinte d'aphasie. Elle était obligée d'écrire ce qu'elle voulait dire. La durée de l'aphasie et de la contracture fut de 7 semaines. Puis l'aphasie disparut et la contracture des membres fit place à une paralysie flasque.

Cinq ans après ces accidents, un chirurgien pensant probablement à une gomme syphilitique, lui fit l'opération du trépan, à droite, au niveau de la partie supérieure des circonvolutions rolandiques. Le chirurgien, après l'opération, aurait déclaré qu'il n'avait rien trouvé.

Le lendemain de l'opération, elle eut une crise d'épilepsie convulsive. Elle est tombée sans connaissance, a eu des mouvements convulsifs dans les deux bras, a moussé, n'a pas uriné sous elle. Depuis, les accès sont revenus à intervalles irréguliers.

Elat Actuel. — La malade a des menstrues régulières ; ses accès seraient, d'après elle, plus fréquents à cette époque, ce qui n'est pas justifié d'après sa feuille d'observation. Les accès sont assez rares (2 environ par mois). Les mouvements, durant ces crises convulsives, débutent du côté gauche (côté paralysé), puis apparaissent du côté opposé : mais les mouvements sont toujours plus forts du côté gauche ; dans ses accès la malade gâte et présente de l'amnésie consécutive.

A l'examen, on trouve le membre supérieur gauche contracturé ; les doigts sont fléchis dans la paume de la main. Quelques mouvements volontaires sont possibles, mais leur étendue est très limitée. Les réflexes du poignet sont très exagérés : le membre inférieur gauche présente une paraly-

sie flasque avec exagération du reflexe patellaire. Les orteils sont cependant en flexion forcée, excepté le gros orteil qui est en extension. Du côté de la face, la paralysie est peu apparente. On ne trouve pas de déviation de la langue, ni de la luette, les traits de la face sont réguliers.

Dans l'acte de siffler, les plis péri-buccaux sont moins prononcés à gauche. On ne trouve aucune paralysie des muscles de l'œil. Le champ visuel de l'œil gauche est rétréci dans sa partie externe.

Le malade se plaint de crampes dans le bras paralysé.

Les réflexes pupillaires sont conservés et les pupilles égales.

Les appareils digestif et respiratoire ne présentent rien de particulier.

L'examen du cœur, montre que les impulsions cardiaques sont violentes; à l'auscultation on trouve une arythmie légère et un gros souffle râpeux au second temps, localisé au niveau de l'orifice aortique et se propageant vers l'appendice xyphoïde. Il n'y a pas de pouls capillaire. Comme troubles fonctionnels, la malade se plaint d'essoufflements et de palpitations. Les jambes ne présentent pas d'œdème.

N'ayant pu rien relever chez elle au point de vue de la syphilis, nous pensons que l'hémiplégie a eu pour cause une embolie d'origine cardiaque.

Résumé. — Malade à hérédité névropathique, et alcoolique. Syphilis probable. Trépanation suivie de crises d'épilepsie essentielle 24 heures après l'opération.

OBSERVATION IV

Communiquée par le Dr Wahl, médecin-adjoint des
Asiles d'Aliénés

Emile P..., cultivateur, domicilié dans le département de Seine-et-Oise, âgé de 25 ans.

Antécédents Héréditaires. — Mère bien portante. Père bien portant, boit un peu. Une tante enfermée à Sainte-Anne.

Antécédents Personnels. — S'est toujours bien porté étant enfant : pas de convulsions, pas de fièvres éruptives ni d'affection nerveuse. A l'âge de 11 ans, il lui arrive un accident : il s'amuse dans la rue lorsque deux voitures venant en sens inverse le prirent entre elles et le pressèrent légèrement. Douleurs internes, mais pas de signes de lésions importantes. Il guérit rapidement et sans suites graves.

A l'école il ne brille pas, et ne fait pas preuve d'intelligence extraordinaire. Il la quitte avec une instruction à peu près rudimentaire.

Envoyé en Afrique, à Mascara d'abord puis à Tlemcen, pour faire son service militaire, il contracte là-bas la gale Bédouine, puis les fièvres paludéennes, mais ces dernières peu graves, car, depuis son retour d'Algérie, il n'a jamais plus ressenti les atteintes de l'hématozoaire. Pendant son séjour au régiment, il s'est montré docile mais peu intelligent, et incapable de suivre le peloton.

Pas de syphilis, pas d'intoxication alcoolique, il passe pour être sobre, et ce qu'on est convenu d'appeler un garçon rangé.

Histoire de la maladie. — Le 27 décembre 1899, Emile P... était occupé à soigner son cheval lorsque celui-ci lui lance une ruade qui l'atteint au côté droit de la tête et l'étend sans connaissance.

Transporté sur le champ à l'hôpital dans un état comateux, en résolution musculaire complète, la tête ensanglantée, il est admis immédiatement par le Docteur Pasturaud, médecin en chef de l'hôpital d'Etampes, qui a bien voulu nous communiquer son observation et qui constata ce qui suit :

« Le frontal droit était enfoncé sur une étendue assez considérable et il n'y avait qu'une plaie de tête de quelques centimètres. Le blessé était dans un état comateux dont on le sortait avec peine et avait une hémiplegie gauche. »

Le surlendemain, aucune modification n'étant survenue dans l'état du malade, l'opportunité d'une intervention devint évidente et la craniectomie fut décidée. La trépanation « eut lieu le 31 décembre 1899. Après une incision en T, nous écrivit M. le Dr Pasturaud, et le cuir chevelu relevé, j'ai enlevé le fragment enfoncé dans la substance cérébrale. Ce fragment était plus grand qu'une pièce de 5 fr. J'ai trouvé au dessous un gros caillot sanguin qui a été enlevé : la loge qui le contenait lavée... à l'eau bouillie, j'ai rempli toute la cavité avec un tampon de gaze iodoformée et j'ai réuni ou plutôt j'ai rapproché les lèvres de la plaie, en laissant une ouverture suffisante pour faire le pansement. Pansement sec ordinaire qui a été renouvelé après 7 ou 8 jours. Pas de température. »

Le malade reste pendant 15 jours sans connaissance, plongé dans la stupeur ; alimentation très pénible : l'hémi-

plégie persiste, la main et le pouce gauche surtout sont paralysés. Au commencement de la troisième semaine, Emile P... revient à lui, il se trouve complètement étonné, ignore ce qu'il fait en ce moment à l'hôpital, ne se rappelle plus les circonstances qui l'y ont conduit. Il ne sent même pas qu'il a une plaie et se demande pourquoi il a la tête enveloppée d'un pansement ! Il commence à manger et à reprendre ses forces : son hémiplegie tend à disparaître insensiblement et en février, encore faible et paralysé, mais guéri de son opération, il quitte l'hôpital.

Après un mois de repos, il essaie de se remettre au travail quoique bien gêné, lorsque un dimanche du mois de juin, au cours d'une promenade, il a un éblouissement, un étourdissement et tombe brusquement sans connaissance. Pas de convulsions, pas d'écume, pas de cri. Quelques instants après il se relève, n'attache aucune importance à son accident, et le lendemain reprend ses occupations, lorsque 15 jours après, tout d'un coup, sans phénomènes prémonitoires, au milieu de son travail, il pousse un cri, tombe et après quelques secondes de contracture, le malade présente des convulsions généralisées surtout sensibles à gauche. La face est congestionnée, penchée sur l'épaule droite, les yeux convulsés, la langue projetée hors de la bouche, qui laisse écouler une écume sanguinolente. Quand la crise fut terminée, le malade resta dans un état d'affaissement qui dura une heure ; ses vêtements étaient souillés d'urine et de matières fécales.

Telle est du moins la description que nous a donnée la mère, de la crise convulsive dont a été atteint Emile P...

et qui correspond sans aucun doute, à une attaque typique d'épilepsie généralisée.

Depuis cette époque, ces attaques se renouvellent assez souvent dans le mois. Dès le début, Emile P... maigrit tout d'un coup de 10 kilogrammes en 20 jours. Il est devenu sombre, taciturne, ne parle pas, la mémoire est amoindrie, sinon pis ; chaque attaque, identique du reste à celle que nous avons décrite, avec perte de connaissance subite, convulsions, coma consécutif et incontinence d'urine, est suivie d'une irritabilité excessive du caractère. Cependant on ne note pas de pâleur subite, ni d'absence, ni de vertige. L'hémiplégie n'a pas régressé et le malade a toujours de l'impotence fonctionnelle de sa main gauche et surtout du pouce. L'appétit est diminué, la sensibilité, surtout dans le membre paralysé, est amoindrie, les réflexes sont bons, le système digestif et le cœur normaux. Pas d'impulsions, pas d'excitation génitale.

Résumé. — Crises d'épilepsie généralisée survenant six mois après une craniectomie chez un sujet de souche saine, en apparence, mais présentant parmi ses ancêtres une vésanique et peut être un éthylique.

OBSERVATION V (Personnelle)

Recueillie dans le service du Docteur Toupet, médecin des Hôpitaux (Consultation externe de l'hôpital Beaujon).

Au mois d'août 1900, venait nous trouver à la consultation un malheureux chemineau, Abel T. . . . âgé de 30 ans, qui se plaignait d'être dans un état d'infériorité sociale considérable par suite de crises auxquelles il était en proie depuis deux ans environ à la suite d'une opération qu'il avait subie à la tête en 1898. Voici son histoire :

Antécédents héréditaires. — Père inconnu.

Mère vivante, bien portante quoique nerveuse et sujette à des colères violentes, surtout lorsqu'elle a bu. — Fille naturelle elle-même, elle se connaît deux sœurs, probablement de pères différents. L'une est morte à 38 ans d'un « transport au cerveau » (?) après une maladie de 6 jours. La seconde vivante encore, âgée de 40 ans environ, se livre à la prostitution et s'adonne à la boisson. — Caractère difficile, violente, a eu un enfant mort de convulsions.

Une sœur âgée de 23 ans a quitté le domicile maternel à l'âge de 15 ans ; on ne sait ce qu'elle est devenue.

Pas de renseignements en ce qui concerne la syphilis.

Antécédents personnels. — Enfance pénible : diarrhée, bronchite, débilité physique « Pour un rien il était malade » Elevé longtemps dans la rue, fut mis à l'école à l'âge de six ans, mais « on ne pouvait rien en faire ». Turbulent, indis-

cipliné, on le retire bientôt pour le mettre en apprentissage chez un plombier.

A dater de cette époque, rien de nouveau dans son existence : santé physique bonne, mais intelligence assez peu développée, puisqu'il n'arriva jamais à faire un bon ouvrier. Pas de syphilis. Boit quelque peu ! « un demi-setier 3 fois par jour » et « le pousse-café de temps en temps. »

Il y a à peu près 2 ans, en avril 1898, il était sur un toit où il travaillait en qualité de garçon couvreur, lorsqu'à la suite d'un faux mouvement il roula et fit une chute de la hauteur d'un troisième étage.

Relevé inanimé et plein de sang, il fut transporté immédiatement sur un brancard à l'Hôtel-Dieu où il fut admis d'urgence. Là, après une toilette minutieuse, on constata chez lui une fracture du crâne, avec enfoncement et esquilles multiples au niveau de la zone rolandique du côté gauche. Concomitamment il présentait une plaie contuse et était plongé dans le coma, avec aphasie, respiration stertoreuse, résolution musculaire.

En présence de ce diagnostic, et devant la menace d'accidents plus graves encore, le chirurgien crut devoir recourir à l'opération du trépan. — C'est du moins tous les renseignements que nous avons pu obtenir de la bouche même du malade.

Les suites opératoires furent très simples. La plaie se cicatrisa complètement, le malade revint à lui. Il recouvrait l'appétit et ses forces, bien qu'il fut encore lourd et légèrement hébété, lorsque, brusquement, trois semaines après l'opération, il fut pris un beau matin d'une crise caractéristique d'épilepsie Bravais-Jaksonnienne, type brachio-cépha-

lique qu'il nous décrit ainsi : « Tout d'un coup, avant la visite, je fus pris de fourmillement dans le bras droit, comme si je l'avais plongé dans de l'eau froide, et immédiatement après j'ai perdu connaissance; quand je fus revenu à moi, je me sentis fatigué, j'avais mal à la langue et ma chemise était mouillée par de l'urine. L'infirmier et divers voisins me dirent que j'avais eu une crise qui avait duré une demi-heure environ : j'avais tout d'un coup poussé un soupir, et on m'avait vu sur le lit, mon bras droit plié, raidi, animé de secousses, ainsi que la figure grimaçante; une écume sanglante sortait de ma bouche. Je suis, paraît-il, resté dans cet état pendant cinq minutes, tout contracturé, tout grimaçant, bavant sur moi une salive rouge et puis je me suis endormi. On m'a appris tout cela à mon réveil. »

A dater de ce moment le malade présente assez fréquemment des crises de même nature : souvent même la crise se généralise, il pousse un cri, tombe et des convulsions agitent tous ses membres. Mais presque toujours, il sent venir son attaque et l'aura se montre chez lui dans la main et l'avant-bras droit, sous la forme de fourmillements. D'autres fois ses crises sont remplacées par des vertiges, des absences et presque toujours chacune des manifestations de son affection sont accompagnées d'émission involontaire d'urine.

Examen du malade. — Abel T... est d'une apparence misérable, l'air fatigué et un peu hébété. Il présente de l'asymétrie faciale très nette, le crâne est un peu allongé dans le sens antéro-postérieur. Légèrement prognathe. Dentition bonne, mais voûte palatine ogivale. Le crâne présente à la région opérée un léger bourrelet osseux circon-

crivant un espace circulaire, souple, grand comme une pièce de 1 franc dont la pression ne détermine aucun phénomène.

Force musculaire indique 26 du côté droit, 33 du côté gauche au dynamomètre. Muscles du côté droit intacts. Le foie est un peu gros et légèrement sensible à la palpation.

La sensibilité et les réflexes paraissent intacts. Les facultés intellectuelles sont légèrement affaiblies. Pas d'appétit sexuel.

Nous éprouvons le plus grand regret de n'avoir pu suivre le malade plus longtemps : muni d'un certificat de l'Hôtel-Dieu, il était venu nous voir pour que nous l'admettions à Beaujon. On lui formula une potion polybromurée, en le renvoyant avec un secours, mais on ne le revit plus.

Résumé. — Crises d'épilepsie, d'abord Bravais-Jacksonienne, type brachio-céphalique, puis généralisée, et accidents comitiaux survenant trois semaines après la trépanation.



Considérations générales et Discussion

De toutes les observations que nous venons de citer, il ressort de la façon la plus évidente que des convulsions épileptiques se sont trouvées consécutivement à la craniectomie. Tous nos malades, en effet, qui, jusqu'à leur opération, s'étaient trouvés indemnes de toute manifestation convulsive, ont eu des crises de *morbus sacer* immédiatement ou quelque temps après la trépanation.

Malgré toutes nos recherches, il nous a été impossible de réunir d'autres observations sur ce sujet, d'ailleurs encore peu étudié jusqu'à aujourd'hui. Et cependant, si l'on en croit le docteur Antheaume, et nous-même en sommes persuadés, les cas d'épilepsie consécutifs à l'opération du trépan sont plus nombreux qu'on ne pense !

Il nous reste maintenant à discuter brièvement les conditions dans lesquelles ces crises de mal caduc sont apparues, et à chercher à savoir, si la trépanation est la cause efficiente de l'épilepsie, ou si elle

n'en est que la cause occasionnelle. En un mot, la trépanation peut-elle créer de toutes pièces l'épilepsie, tout comme la thyroïdectomie totale, par exemple, crée le myxœdème ?

Pour tâcher d'éclaircir la question que nous nous sommes posée, nous nous appuierons sur l'autorité de M. le professeur Joffroy, qui, tout récemment encore, dans un de ses cours à l'Asile clinique, a étudié, en 1899, les rapports qui existent entre les crises d'épilepsie et les causes qui semblent lui avoir donné naissance (1), et nous pensons que rien n'aura plus de valeur que les extraits que nous pourrons citer de cette leçon.

Pour notre professeur, les différentes affections en général peuvent se diviser en deux groupes :

« Dans le premier, l'existence de la maladie ne relève que des causes extérieures : tout individu exposé à ces causes, quelle que soit sa constitution, sera atteint. »

Tout individu, dans ce cas, exposé à l'inoculation des germes varioleux ou syphilitiques, s'il n'a déjà l'immunité donnée par une atteinte antérieure, verra se développer en lui la variole ou la syphilis. « Peu importe le terrain.... les germes morbides s'en

(1) Joffroy. — Clinique de Sainte-Anne. In Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 41 février 1900.

accommodent toujours..... leur développement ne dépend que de l'atteinte des causes extérieures. »

Mais il n'en va pas de même pour les affections du second groupe. Ici, l'action des germes morbides ne suffit plus à produire la maladie, elle ne constitue plus une cause suffisante : elle est plus exigeante « il faut qu'elle soit favorisée par un état spécial, une attitude particulière de l'organisme. »

Et dans ce second groupe M. le Professeur Joffroy cite la tuberculose, les affections arthritiques (goutte, gravelle, obésité, eczéma, etc)... les maladies du système nerveux, etc... Pour que de pareilles affections se développent, il faut une aptitude particulière, un terrain préparé et disons le mot prédisposé. « L'hystérie, l'épilepsie, la chorée, les vésanies, les démences, toutes les maladies nerveuses et mentales en un mot, demandent pour se développer un terrain spécial, modifié de longue date. Il suffit pour vous en convaincre de vous rappeler combien parfois sont futiles les causes occasionnelles que l'on rencontre dans l'étiologie des psychoses : une grippe légère, un surmenage de quelques jours, une émotion telle qu'un individu normal en supporte presque quotidiennement sans dommages, peuvent suffire à rompre l'équilibre très instable de certains cerveaux et à les troubler, soit temporairement, soit d'une façon définitive. Les faits de ce genre, si nombreux en neurologie et en psychiatrie, témoignent de l'aptitude spéciale de certains orga-

nismes à réagir aux causes extérieures, en apparence les plus insignifiantes, par des troubles profonds du système nerveux » (1).

Or, qu'entend-on par terrain spécial ?

Quelle est la nature de cette prédisposition individuelle ?

Magnan (2) a très nettement défini ces conditions anormales qui constituent la prédisposition.

Il a démontré qu'elles sont le plus souvent héréditaires et qu'elles font des sujets qui en sont porteurs des êtres de moindre résistance. C'est à ces sujets qu'il a donné le nom de dégénérés, caractérisés par un développement moral irrégulier et anormal, et comprenant, en partant des degrés les plus bas de l'échelle les idiots, les imbéciles, les débiles intellectuels et enfin les dégénérés supérieurs.

Quelle sera donc la résistance de ces sujets vis-à-vis des causes extérieures qui viendront fondre sur eux ?

Il est facile de voir que l'ensemble de toutes ces déficiences organiques, d'origine le plus souvent héréditaires, vont créer chez eux des aptitudes morbides nouvelles, et rendre pathogènes ces causes qui, vis-à-vis d'un organisme sain et bien constitué seraient restées sans effet.

(1) Joffroy. — Loc. cit.

(2) Magnan. — *Encéphale* 1885, p. 596. Magnan et Legrain : Les dégénérés.

« Et cette dégénérescence elle-même peut résulter de troubles survenant aux diverses périodes de l'évolution de la vie des organismes. Elle peut relever de causes originelles, exerçant leur action au moment de la conception et c'est à ces seuls cas qu'il convient d'appliquer la dénomination de dégénérescence héréditaire (1) ».

Parmi ces dégénérés héréditaires nous trouverons donc tous ceux qui auront subi les conséquences d'une affection qui aura atteint ses ancêtres. Ce seront les enfants des intoxiqués par l'alcool, le plomb, le mercure, la tuberculose, la syphilis, des individus affaiblis par l'âge ou une diathèse, comme les arthritiques, des parents épuisés au moment de la conception, d'une mère atteinte de maladie infectieuse au cours de la grossesse.

Et ces signes de dégénérescence pourront rester latents ; le sujet pourra très bien se conduire dans la vie, en apparence normal et bien constitué cérébralement, et un beau jour, sous l'influence d'une cause occasionnelle, d'un traumatisme, d'une fièvre, d'une émotion, d'un excès quelconque, toutes les défectuosités dont il est porteur en puissance se feront jour et « c'est seulement alors que la dégénérescence se révélera. »

Mais ces causes occasionnelles ne se traduiront pas

(1) Joffroy — Loc. cit.

toujours par les mêmes résultats : chez tel individu, une ablation d'un kyste ou un accouchement produiront de la manie ; chez tel autre, une hystérectomie ou la ponction d'une hydrocèle (1), produiront de la mélancolie ; enfin chez tel autre, une amputation ou une laparotomie se traduiront par des crises convulsives.

Or, pour ces dernières, les seules qui nous concernent, M. le professeur Joffroy a démontré que parmi « les héréditaires, un certain nombre sont plus spécialement exposés à l'épilepsie. » Ce sont, le plus souvent, des fils de convulsivants et surtout des convulsivants alcooliques : c'est-à-dire les « hérédo-alcooliques » comme il les a appelés. Et c'est à cette prédisposition spéciale qu'il donne le nom d'*aptitude convulsive*. Chez ces malades, tout choc opératoire, tout traumatisme, se traduira par des crises d'épilepsie.

Quant à la pathogénie de ces phénomènes, on nous permettra de l'effleurer simplement. Essayer d'expliquer la façon dont telle cause produit tel effet est, dans l'état actuel de la question, une chose trop ardue et trop compliquée. D'ailleurs, là n'est pas notre but, et si nous nous sommes étendu si complaisamment sur les relations qui existent entre la cause occasion-

(1) Truelle. — Thèse de Paris.

nelle et la folie consécutive, c'est que cela nous a paru indispensable pour l'explication de nos observations. Ce qui est certain, c'est qu'il ne faut pas voir dans les vésanies survenant après un traumatisme, le résultat d'une cause efficiente : l'opération n'engendre pas de toutes pièces un délire, et nous pouvons appliquer cette sorte d'aphorisme au sujet qui nous intéresse : la trépanation n'engendre pas l'épilepsie. En disant cela, nous assimilons la trépanation à un simple traumatisme opératoire.

Certainement, il serait plein d'intérêt de voir si cette opération n'emprunte pas une gravité plus particulière à ce fait qu'elle porte directement sur le siège supposé de la cause de l'épilepsie, mais comme nous avons vu des observations de malades devenus épileptiques après une opération quelconque, une ovariectomie, par exemple (1), nous nous contenterons pour le moment de faire entrer notre épilepsie provoquée dans le cadre des psychoses dites post-opératoires.

Ceci étant posé, les relations existant entre les traumatismes opératoires et la folie, entre la trépanation et l'épilepsie étant bien établies, nous allons nous efforcer d'appliquer les données qui précèdent aux observations que nous venons d'exposer.

Et d'abord il est de toute évidence que les malades

(1) Truëlle. — *Ibid.*

dont nous avons raconté l'histoire, rentrent dans le cadre des dégénérés tels que les a définis Magnan. Tous sont des prédisposés, tous ont des tares névropathiques dans leurs familles. Celui-ci a parmi ses ancêtres des parents vésaniques, celui-là a un père alcoolique, cet autre des ascendants syphilitiques. Chacun d'eux offre toutes ces défectuosités qui en ont fait un terrain spécial ; tous en un mot présentent *l'aptitude convulsive* comme l'appelle M. le professeur Joffroy. Ce sont des individus ayant une affection mentale en puissance, présentant peut être même des manifestations du mal sacré encore ignorées, ou rapportées à une autre affection, mais n'empruntant pas encore la symptomatologie de l'épilepsie essentielle.

Nous voyons Don Carlos coléreux, violent, emporté ; sa grand'mère était folle.

La malade de Marchand, fille d'alcooliques probablement, syphilitique elle-même, atteinte d'affection cardiaque avec lésion de la zone rolandique était un terrain tout préparé pour l'affection qui l'a amenée à l'Asile.

Le malade d'Antheaume est un débile, irritable, privé de sentiments affectifs, avec tendances impulsives manifestes, arrêt de développement des facultés intellectuelles, absence de langage articulé.

Celui du Dr Wahl (observation IV), probablement fils d'alcoolique, est un débile, presque sans instruction. Une parente est atteinte d'aliénation mentale.

Enfin le nôtre, est un enfant naturel (et l'on sait quelle place les enfants illégitimes occupent dans les rangs de la folie), à hérédité très chargée : mère éthylique, une tante morte de délire aigu, un cousin germain maternel mort de convulsions, etc., etc.

Par conséquent, tous nos sujets étaient bien préparés à réagir sous l'influence de la trépanation : et celle-ci a joué chez eux le rôle de l'étincelle électrique qui met le feu aux poudres, le rôle de cause occasionnelle.

Il est facile de voir qu'il ne pouvait en être autrement, et si nous nous reportons à ce que nous avons dit précédemment, nous pourrions affirmer que sur un organisme normal, privé de tares héréditaires ou acquises, le traumatisme crânien opératoire serait resté sans effet, tandis que chez nos malades, présentant un terrain spécial, prédisposé, en puissance de l'aptitude convulsive, la trépanation a joué le rôle de cause occasionnelle et a produit chez eux l'épilepsie, soit essentielle, soit Bravais-Jacksonnienne type généralisé.

Or, tous ces phénomènes nous étant connus, l'opération du trépan faite sur un sujet en possession de *l'aptitude convulsive*, en un mot, sur des dégénérés, conduisant à l'épilepsie, quelle conduite allons nous tenir toutes les fois que chez un de ces malades se posera la question de la craniectomie ? Que ferons nous si un enfant à hérédité char-

gée, privé de la parole, nous est présenté ? Que dirons-nous lorsque nous soupçonnerons une gomme de la zone rolandique chez un fils d'alcoolique ou un descendant de vésanique ? allons-nous prendre immédiatement notre trépan et enlever à nos malades quelques rondelles de leur boîte crânienne ?

Il ressort de tout ce que nous venons dire qu'il faut bien se garder d'agir aussi rapidement. Evoquant le souvenir des malades dont nous citons les observations nous nous demanderons si les conséquences de notre intervention ne seront pas désastreuses pour eux ; désireux de bénéficier des exemples que nous avons recueillis, nous examinerons le plus soigneusement possible la prédisposition que peuvent présenter nos malades ; nous rechercherons minutieusement s'ils ne sont pas porteurs de tares faisant d'eux un terrain favorable à l'éclosion d'une affection névropathique, en un mot, nous rechercherons si la puissance de résistance de leur organisme n'est pas en état d'infériorité et d'amoindrissement, s'ils ne présentent pas *l'aptitude convulsive*.

D'autre part nous rappelant que l'épilepsie est une maladie à peu près incurable, rendant celui qui en est porteur incapable de se diriger dans l'existence et de vivre de la vie commune, nous comparerons la situation actuelle du malade à celle que nous pourrons lui créer en lui provoquant des crises épileptiques, nous réfléchirons bien avant de faire naître chez eux

une affection beaucoup plus grave que celle dont ils sont porteurs et nous nous abstiendrons de toute intervention.

Ceci est évidemment dans l'intérêt du malade. Mais il va sans dire que notre conclusion est aussi dans l'intérêt du chirurgien, car si nous envisageons la question au point de vue légal, il est certain que le malade peut attribuer, dans la suite, sa nouvelle affection à une faute opératoire et faire retomber la cause de son mal sur le praticien qui l'aura opéré et de ce chef lui créer une source de désagréments.



Conclusions

Nous allons tirer de tout ce qui précède les conclusions suivantes :

1° La trépanation non seulement ne guérit pas toujours l'épilepsie, mais encore est parfois suivie de crises épileptiques chez des individus absolument indemnes jusqu'alors.

2° Mais ces crises ne s'observent d'ordinaire que chez des individus prédisposés et chez les ascendants desquels nous trouvons des vésanies, des névroses, des intoxications, des lésions cérébrales en un mot chez les dégénérés présentant l'*aptitude convulsive*.

3° Chez ces individus, il faudra donc bien examiner le terrain et de peur d'occasionner chez eux une affection beaucoup plus grave que celle dont ils sont atteints on hésitera avant de pratiquer la craniectomie.

Vu : Le Président de la Thèse,
A. JOFFROY.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

- ANTHEAUME. — Revue de psychiâtrie. Mai 1900, p. 152.
- BALLET. — Traitement chirurgical des épilepsies partielles.
R. N., 1897, p. 512.
- BOURNEVILLE. — Congrès des aliénistes.
- BROCA. — Société d'anthropologie, 1876, p. 253.
- CHIPAULT. — Ostéotomes crâniens. Académie de médecine,
mai 1898.
- COLLIN. — Contribution à la pathogénie de l'épilepsie. (A
propos de deux cas où l'on a excisé une portion de l'écorce
cérébrale. — Journ. of nervous and mental diseases. Oct.
1896, n° 10.
- COLOLIAN. — De la toxicité du sang dans l'épilepsie. Archi-
ves de neurologic. Paris 1899.
- DIDE. — Revue de médecine, fév. 1899.
- DUPLAY. — Presse médicale. Paris, 1899.
- CH. FERÉ. — Epilepsie et épileptiques. 1890.
- JOFFROY. — Cité par Antheaume. Clinique de Ste-Anne, 1898.
— L'aptitude convulsive. Gaz. hebd. de méd. et de chi-
rurgie, février 1900.
- GARENGEOT. — Traité des inst. de chirurgie, 1827, t. II.

- GELINEAU. — Epilepsie. Paris, 1901.
- GAMA. — Traité des plaies de tête et de l'encéphalite. 1820.
- GOULO. — Trép. pour des symptômes des tumeurs cérébrales.
- JUVARA. — Craniectomie temporaire. Rev. de Neurologie.
- KOCHER. — XXVIII^e Congrès allemand de chirurgie.
- LANOS. — Contribution à l'étude de l'épilepsie symptomatique des néoplasies corticales (Nouv. icôn. de la Salpêtrière, 1898).
- LANNELONGUE. — Nouv. icôn. de la Salpêtrière, 1894, IV.
— Compte-rendu de l'Acad. des Sciences, 1890.
- LAVISTA. — Congrès de Moscou.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Etude historique et clin. sur la trépanation, Paris 1878.
— Bulletin de la Société de Chirurgie, juin 1888 et juin 1891.
— Congrès de Moscou.
— De la craniectomie avec perte de subst. osseuse.
- MAGNAN. — Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire (Encéphale, 1885, p. 596. 1886, p. 84.
- MAGNAN et LEGRAIN. — Les dégénérés.
- MARCHAND. — Revue de psychiatrie, 1899.
- MARTIN. — Lettres à un confrère. 1867.
- MIRAILLIÉ. — Archives de Neurologie, 1900.
— Convulsion post. traumatique (Gaz. méd. de Nantes, 24 mai 1898.
- OPPENHEIM. — Sur les échecs de la chirurgie cérébrale dus aux erreurs de diagnostic (Congrès de Moscou, 1897).
- PAON. — Thèse de Paris, 1900.
- PAIN (AMÉDÉE). — Mémoire sur la trépanation céphalique, 1865.

PARAZZONI. — Chirurgie crânienne (Annali di méd. navale), mai 1899.

ROSSOLIMO. — Sur les résultats de la trépanation pour tumeur cérébrale (Arch. f. Psychiâtrie. 29, 2, 1897.

SEMELAIGNE. — Chirurgie cérébrale de l'aliénation mentale (Annales médico-psycholog., 1895).

TACQUET. — Thèse de Paris, 1892.

TAXIL. — Traité de l'épilepsie, Paris 1603.

THOUVENET. — Thèse de Paris, 1897.

TRUELLE. — Thèse de Paris, 1898.

VALVASSORI PERONI. — Les causes prédisposantes des convulsions (Mamma et Bambino), mai 1898.

VAN BERGMANN. — Traité opératoire des maladies du cerveau (Congrès de Moscou, août 1897).

— Société de médecine de Berlin, janvier 1899.

WAHL. — La folie de Don Carlos devant l'histoire.

WEIL. — Thèse de Paris, 1898.

VINKLER. — Congrès de Neurologie, Bruxelles 1897.

